

死を受容した来談者に対する心理面接での「無力」の姿勢について

—ある癌患者との面接経験—

原 口 芳 博

The Therapist's Spiritual Approach of Positive Emptiness to Psychotherapy with a Client Being Conscious of Her Hour —Case Study of Work with a Cancer Patient—

Yoshihiro Haraguchi

要約：乳癌に罹患し、手術するも再発転移し、余命1、2年と告知された女性来談者との2回に渡る面接過程を報告した。主訴は「残された生をバランスを取って生きたい」であった。その事例に対して「偉大な力（神）」を前提とするAAの「12ステップ」の原理に基づいて書かれ、人としての霊的成長を志向する書物の読書等を提案した。このように目の死を自覚した事例や人間存在に対する根源的な痛みを持つ事例等に対する心理面接においては、面接者の姿勢が特に問われるが、その重要な姿勢の一つは「無力」であると論じた。またターミナルケアやスピリチュアルケアに関わる際に求められる対応や資質に関して、その内容を紹介した。

キーワード：癌患者 無力 12のステップ ターミナルケア スピリチュアルケア

I はじめに

われわれが行っている日常の来所水準での心理臨床場面においては、一部の医療領域やうつ状態の来談者を除いて、面接対象者が癌に罹患しておりその主訴が「残された生をどのように生きるか」ということは非常に少ないように思われる。この領域について現代社会において注目されているのは、医療領域であるターミナルケアであり、在宅医療における看取りも行われているが、まだ主体はホスピスを中心とした末期癌患者の痛みに対する入院緩和ケアの中で、心理的援助活動が展開されてきているのではないだろうか。末期癌患者の痛みは身体次元や心理次元を含む人間存在としての全体が痛むという根源的な痛みを体験することが多いように思われる。つまりその経過は身体的な痛みに加えて、キューブラー・ロス（1971、1977）が明らかにしたように、進行性の病魔に対する怒りや悲しみあるいは絶望感をも感じ、生命エネルギーが低下していく。心中では「生きたい。死にたくない」と大きく揺れるものの、表面的には無感動とも思われる状態になることもよく見られることのように思われる。

このような限界状況に人が置かれると、残された自分の生つまり余命をどのように生きるかが、嫌応無しに問われることになる。この病魔によってそれまでの自分の生き方を変えざるを得なくなる。例えば事故に遭遇し脊椎損傷となり、その後の生き方を不本意に変えざるを得なくなり、それまでの生き方を放棄せざるを得ない体験

をしている例もよく見られる。またアルコール依存症についても、これは「喪失する病」と言われているが、病識が出現すると深い喪失感が生じることが認められている。こうして今後アルコールを飲まない生き方を選択せざるを得なくなるが、その際葛藤に苛まれ、否認との戦いが繰り返される。これらに共通するのは「自分が何故このような病気に罹ったのか」という根源的な問い掛けが、内面から生じ、この問い掛けに対する答えに逡巡し、深い悲嘆の状態が生じることであろうと思われる。

このように不治の病や致死性の病やどうにもできない極限状況に人がそれこそ投げ入れられた結果、自分の生き方を変えざるを得ない状況に置かれた場合に、生じるのが「スピリチュアルペイン（霊的な痛み）」と言われている。この領域をケアするのが「スピリチュアルケア」と呼ばれている。これに対して医療領域中心の概念では「ターミナルケア」とされている。また「パストラルケア」とは宗教的領域を主な対象とする概念とされ、ここでは宗教的役割を持ったチャプレンの役割が主となっている。スピリチュアルケアは心理的側面と生き方やあり方の領域に関わる際の問題である。その心理的側面の問題に対しては、臨床心理士などのカウンセラーの役割が主となると思われる。このスピリチュアルケアについては、筆者はアルコール依存症の援助活動で経験してきた。アルコール依存症は「何故この病気に罹ったのか」というスピリチュアルペインを体験する病気と言え。つまりこの病気に罹っていることを認め、飲んできた生き方を、飲まない生き方に180度変換しないと、生き残

れないのである。従ってこの病気を受容し、建設的に主体的に生き直すことが求められている。このような生き方を瀬戸内寂聴は「切に生きる」と述べているように思われるが、このような心境になるためにスピリチュアルケアが必要と考えるものである。

以下に示す事例は広義のターミナルケアに入ると言えるかもしれないが、このようなスピリチュアルケアを求めて来談したのがAさんである。Aさん（女性）は乳癌に罹患し、手術を受けたが、再発したばかりか転移してもおり、余命1、2年と告知され、自分の死を自覚していた。Aさんは残された生を肉体的にも精神的にもバランスを取って生活し、自分が家族にできることを準備したいとの望みを持っていた。このように死を自覚している来談者に初めて出会い、筆者なりにAさんの望みを受け止め、心理面接を筆者なりに進め終了した。しかしその後Aさんの訃報を間接的に聞いた時に、しばし悲しい痛みに満たされる体験をした。

このように自分の死を知り、死を間近に抱えて、今を切に生きようとしている来談者に対して、援助者として一体何ができるかという強い苦悶が生じた。そのような苦悶を抱えながらも、どのような関わりが好ましく、またどのような姿勢が望まれるのかとの智恵を求めていった筆者の内的経過を振り返り、またこの2回にわたる心理面接を通して筆者が重要な姿勢であると気づき直した「無力（Powerless）」という姿勢について論じる。それはこのようなスピリチュアルペインを抱えている来談者に対して望まれる姿勢であり、人を援助する上で重要な姿勢と考えるからである。

II 事例

氏名：Aさん 42歳（初回時）女性 主婦

主訴：相談内容欄には、「現在乳癌手術後の再発の治療中ですが、今後精神的にもストレスを上手に処理し、病気の再発を防ぎ、肉体的にも精神的にも共にバランスを取って生活できるように、ご相談したい」と記入してあった。

家族構成：夫（45歳、福祉関係機関勤務）と長女（11歳、小学5年生）との3人家族である。

1回目：X年3月10日

内容：「3年程前に乳癌に罹り、手術をしたが最近再発し、リンパ節への転移が分かった。治療を受けているが、余命は1、2年とされている。それでストレスを上手に処理して、癌を受け止めて心のバランスを取り、残された夫と娘のためにできる準備をしたい。ついてはそのために心を落ち着けて過ごしたい。夫は乳癌のことを知っているが、娘には伝えていない」という内容を静かな口調で語った。生活歴についてはB県で生まれたが、Aさんが出生後まもなく、両親が亡くなり、母方の祖父母に育てられたが、祖父は飲酒するとAさんに暴力を振

るい、嫌な思いをしていた。Aさんが小学校4年生頃に祖父は死亡し、その後中学3年生時に祖母も死亡したので全く身寄りが無くなった。そのため養護施設で生活した。高校卒業と同時に会社員となり、事務関係の仕事をしていた。30歳頃夫と知り合い結婚し、仕事は辞めた。高校時代にキリスト教会に行くようになり、洗礼を受け、今も教会には通っている。「何回ここに通えるか分からないが、これを機会にできることをして、心を落ち着かせたい」ということであった。来談経路は、Aさんの夫が勤務する福祉関係機関の医師が筆者の名前を挙げたので来談したとのことだった。

Aさんは中肉中背の容姿で、化粧は薄くしていた。挨拶には丁寧に頭を下げて応える。声の調子は少し抑制的で張りが無い感じであった。全体に穏やかで物静かな態度であった。

感想・対応：Aさんの話を聴き、先ず何がこちらにできるのだろうかとの素朴な疑問と、その生い立ちの不幸に対する驚きが生じた。その後、癌の問題というターミナルケアの領域が主で、祖父の飲酒問題についてはA Cの問題とグリーフケアが必要であろうと考えた。

Aさんは自分の死を十分に自覚しており、筆者一人ではどんなことができるだろうかとの思いが駆け巡った。先ずは本当に不幸としか言いようの無い生い立ちの上に、一人で生計を立てながら懸命に生きて来たことが想像された。幸いにも愛する夫と出会って結婚し、娘も生まれ、幸福生活を家族と一緒にしていたことであろう。しかしながら予想だにできなかった乳癌に罹り、どれほどの強い嘆きと深い悲しみにうち拉がれたことであろうとも想像された。さらに追い討ちをかけるように乳癌が再発しただけではなく、転移してもおり、残された命は1、2年という限られたものでもある。しかしながらそのような状況に置かれているにも拘わらず、自分が夫や娘にできることを求めている姿に、畏敬の念が心から生じ、自然に頭が下がった。それに対するこちらの無力を否応無しに自覚させられたのであった。

Aさんが望んでいることは、現実的な技術的な対応を超え、残された生をどのように建設的に生きるか、それも残された夫と子どものことを考えた上でのものだった。そこには妻として、母として、また一人の人として残された生を価値あるものとして豊かに生きたいとの強い信念が伝わって来た。それと共にそこには癌という進行性の病気に対する抑えられた怒りや語られぬ嘆きがあるのではないかと感じられたが、それを筆者が言葉にすることは、この状況ではこちらの一方的な思いであり、言葉にしなかった。それにしてもAさんの問題はスピリチュアルな（霊的）次元の問題と感じた。つまりAさんのこの問題や心の痛みは、スピリチュアルペインやスピリチュアルケアの領域の問題であると感じられた。そこで、援助の方法としてはスピリチュアリティ（霊性）が基盤にあるAAの「12のステップ」の概念を持つものを

使用することが、Aさんの理解も得られやすく、相応しいのではないかと考えた。

筆者はAさんに対しては、とにかくAさんの語りを全身で聴くのみであった。すぐには適切な言葉が見つからなかったが、ご自分の癌という病気をよく受け止めていることは伝えた。そうして筆者が勧めしているプリント（表1平安の祈り、ゲシュタルトの祈り）を手渡し、読み上げてもらった。Aさんの感想は「厳しい内容ですね。でも本当のことですね」というものだった。そのプリントの祈りを、声に出して唱えることを提案した。

表1 「平安の祈り」と「ゲシュタルトの祈り」のプリント

「平安の祈り」
神様、私にお与え下さい。 自分に変えられないものを受け入れる落ち着きを。 変えられないものは変えていく勇気を。 そして二つのものを見わける賢さを。
「ゲシュタルトの祈り」
わたしはわたし。あなたはあなた。 わたしはわたしのことをやり、あなたはあなたのことをやる。 わたしはあなたの期待に応えるために この世に生きているわけではない。 そして、あなたもわたしの期待に応えるために この世に生きているわけではない。 あなたはあなた。わたしはわたし。 偶然、二人が出会えば、それはすばらしいこと。 出会わなければ、それはそれで仕方がないこと。

次にアルコール依存症者の回復と成長のための本（リカバリングブックと言われている）、「一日二十四時間」を紹介し、「アルコール依存症」という箇所を、「乳癌」と置き換えて毎日読み、ご自分の日々の生活に照らし合わせて下さいと提案した。この書物はアメリカで創設されたAAの「12のステップ」の原理に基づいて編まれた書物で、1年分が一日一頁の中に、アルコール依存症からの解放のための解題、黙想、祈りという3項目が書かれてあり、それを毎日読み、Aさんの生活に照らし合わせて、一日を過ごす基準とするものである。AAの「12のステップ」はキリスト教の基盤があるが、Aさんはクリスチャンであり、信仰を持っており、抵抗を感じることはあまりなく、馴染みやすいのではないかと考えたからであった。それでAさんが来談した日の頁を読んで頂いた。しばし他の日も目を通されていたが、「参考になりますね」と語った。そうしてAさんはこの本を購入した。最後に祖父の飲酒問題からの影響については、アラノンを紹介した。アラノンはアルコール依存症の家族のための自助グループであり、AAの12ステップを使って、アルコール問題からの解放を図り、人としての成長を志向するグループである。その中でもアラノンACグループがあるので、出来ればそれに参加し、同じ体験をした

人と分かち合いをすることが有効であると思うと提案した。そのグループの日程などをお伝えした。またグループで用いられる回復と成長のための本、「今日一日」を勧めた。それに対しては、「考えてみます。ありがとうございます」と答え購入した。

次回の予約については、Aさんは「体調のこともあるので、予約できません。来られる時に電話します」と次回の予約はせず、終了となった。

終了後筆者はAさんとの面接については、Aさんは継続的な面接を望んでおらず、1回の面接で自分の残された生にとって有効な提案を得たいとの動機が主であり、また体調のことも考え併せると、1回限りの面接を当初より考えていたように思われた。そうしてAさんの一日でも長い生を、筆者が信じる神に祈ったのであった。

2回目：X年3月25日

内容：「あれから状態はあまり変わりません。プリントの祈りはしています。一日二十四時間と今日一日は読んでいます。参考になります。それでアルコール依存症については、主人の仕事でも関係があるので、できれば主人も参考になるので、別の本も含めて頂きたい。アラノンACグループには参加していません」ということであった。Aさんは夫の仕事に役に立つためにアルコール依存症関係の書物を購入した。次回については「機会があれば、電話します」と終了した。

感想・対応：初回で紹介した本はAさんの心の落ち着きに役に立っていると感じられた。また今回の来談目的は明確で、自分のことではなく、夫の仕事に役に立つためにアルコール依存症関係の本を購入することであった。つまり夫への心からの愛の思いを具体化する行動を取っていると考えられた。ここでもAさんは利他の生き方であり、敬服する。今回もAさんが一日でも長く生を全うされるようにと筆者も祈った次第である。対応はアルコール依存症の本人用と家族用の書物と、そのグループのパンフレット類を紹介した。Aさんはそれらを購入し、終了となる。

後日談：X+1年9月某日

内容：筆者がある会合に出席した折り、その参加者の中に、筆者の知人がいた。偶然にも彼はAさんの夫（Cさん）の知己でもあることが判明した。というのは、彼は筆者の隣りにいた参加者に向かって、Cさんの奥さんが乳癌で亡くなり、娘が一人残されて、大変だった。それでこの会合にもCさんは参加できなかったが、最近また参加できるようになったと話したのである。それを聞いて筆者はCさんの姓や職業から、Aさんが死亡したのを知った。それは本当に悲しい知らせであった。それはAさんとお会いしてから1年半後の出来事であった。

感想：Aさんのことは、筆者の心に重く深く残っていたので、何かの折りには気にはなっていた。しかし今Aさん死亡の報を聞き、予想していたとはいえ、悲しく、心痛む思いと、やるせない思いが交錯する気持となった。

覚悟していたとは言え、Aさんの夫の悲嘆は如何ばかりであったであろうかと胸塞ぐ思いとなった。殊に残された娘さんはどんな気持だったのだろうかと思い巡らし、その会合の最中、一人Aさんのご冥福を祈る。筆者は折りつつ、Aさんの望みに果たしてどれほど協力することができたのだろうかとの重い自問が次第に強くなった。そうしてAさんは信仰する神と共に生き、その生を全うすることができたのだろうかとの思いも生じた。

Ⅲ 考察

1. 事例への対応について

Aさんは自ら乳癌の再発、転移を知り、余命についても告知されていた。その状況の上で残された生をバランスを取って、少しでも余命を延ばし、残される夫と子どものためにできることをしたいとの切なる望みを抱いて来談した。このように自らの死を知り、そのことに係わる相談を持って訪れた来談者は、筆者には全く初めてであった。過去においてアルコール依存症の援助活動の中で結果として本人が自殺したり、自殺未遂をした事例に立ち会ったり、その家族の自殺に遭遇したことを数回経験していた。今でもその方たちが葬られている墓の側を通ったり、その家が見えたりするとその方たちのことが思い出され、車中からご冥福をお祈りすることがある。またその都度言わく言い難い思いを体験してはいたが、今回のAさんのように自らの死を覚悟した上で、重い望みを抱いた方との面接は初めての体験であり、そのため身も心も引き締められ集中し、全身でAさんの語ることを聴くようになっていた。そうしながらでも一体どんなことができるであろうかとの思いが筆者の頭を駆け巡った。エイズキャリアの方との面接も経験していたが、ターミナルケアについては20数年前身内を癌にて亡くしていたが、それに関する意識が高いとは言えなかった。そうしながらも霜山(1989)の教えの一つである「(来談者に)害を与えないように」という戒めが出て来たのであった。その内容は「心理療法にとってもっとも根本的な原則であり、エトスであることは害を与えざること第一なりということである。これは心理療法のいわば起点であると共に目標点でもあり、決定的に忘れてはならないものである」(7頁)というものであった。その結果筆者ができることは今までの臨床経験で学んだものの中から、Aさんに見合うと思われるものを探し、取り出し、それをお勧めし、Aさんがそれを選ぶような方法を取ることであると思いついたのであった。

その思いによって、第一に提案したのが「平安の祈り」と「ゲシュタルトの祈り」を唱えることであった。前者では、人間の自分の力でことを進めるのではなく、そのやり方を捨てて、人間を超える偉大な力である神に、「お与え下さい」と自分の思いを先ず手放すのである。一旦自分の思いを空にするのである。このことが問われてい

ると言える。そうしてAさんが自分に変えられないものについては、受け入れる落ち着きを与えられるものを願う。変えられることについては変えて行く勇気を願う。そうしながら、それら二つのものを見分ける賢さ(知恵)を求める祈りである。この祈りの背景には、人間には限界があり、無力であるとの考えがあるように思われる。また人間を超える偉大な力である神に対する信仰が含まれているとも言える。それは人間中心の生き方ではなく、神を前提にした神中心の生き方を生きるとも言えよう。ここに心の安心感が生まれ、魂の救いが現出するとも言えよう。後者では、ゲシュタルト療法の本質を祈りにしたものとされているが、特に人間関係の側面において過去のしがらみに縛られて関係を営むのではなく、この只今の時を大事にして、今を大切に生きることを提案しているものであり、禅的には「あるがまま」の自在を指向しているものと考えられる。これに関連してアラノンのスローガンに「自分自身に生き、他の人は他の人自身に生かしめよ」というものがあるが、その生き方とも共通していると思われる。つまり今日一日を大切に生きるということに密接に関連するものとも言えよう。これらの点でこの提案はAさんに受け入れられたと考えられる。

第二の「一日二十四時間」という書物については、今日一日を大切に今を生きるということが基本としての姿勢があると同時に、毎日自分が罹っている病気からの解放を意識し、その思いを基に黙想の言葉と祈りの言葉を読み、信仰している神への問いかけ行い、その答えを静かに待つという行為を行うことによって、Aさんはしばし心の平安や落ち着きを得ることができたのではないかとと思われる。その状態で自分や家族や周りの人々に関わったのではないだろうか。「今日一日」についても同様にして、周りの人と関わり始めたのではないだろうか。第三の自助グループへの参加については、過去への遡りを指向する面があると共に、祖父から受けた影響を今のAさんの極限的な境遇下で問題にすることは、左程に適切ではなかったように思われる。確かに同じ経験をした仲間と出会い、お互いに分かち合うことで、体験の共有化が行われ、広がり生まれることによって、安心も生まれるのではないかと思われたが、その活動を夜間に外出してまで行う余裕はなかったものとも言える。そのような行動を取るよりは、今は残された貴重な命の時間を家族と共に過ごすことの方が、Aさんには価値があり、その方が家族も喜び安心したことであろうと思われる。このようにAさんは自分の判断で行動したと考えられる。

2回目の面接については、Aさんは自分自身のためではなく、夫のため、夫の仕事に役に立つためにとの動機で来談した。このことは初回面接時からのAさんの一貫した利他的態度である。提案された本を読み、そこで本の内容が夫の仕事と関係があり、役に立つと考えたのである。そのことを実行し、書物類を購入し、夫にプレゼントし、Aさんは安心したと思われる。またここでは初

回の提案の実行状況を確認することがなされたが、自助グループ参加以外は実行しており、筆者としては少し安堵した次第である。つまりAさんの望みに少しは協力できたことを確認することができた。1回だけの面接ではこのような確認ができないので、このことは筆者にとっても幸いであった。このように2回目の面接はその後の来談も予想はされたが、初回のフォローアップの面接と位置づけられよう。

以上の提案はAさんと筆者一人との関係でなされたものである。チームアプローチでなされたものではない。これは果たして適切であったのだろうかと今でも思い巡らすことがある。その後このように自分の死を身近に感じている人への関わり方について考えるようになった。つまりスピリチュアルな課題にどのように関わるかということである。この領域はスピリチュアルな領域であり、面接者が優位となって来談者を意図的に操作して有力に関わるという関係ではなく、面接者は無力であり、こちらの意図ではなく、人間を超える偉大な力の意図が働きやすい道具となって、その来談者と共にいるという「無力」の姿勢が重要であるとの思いに気づき直されたのである。

2、無力について

自らの死を自覚しているAさんと相対して、筆者は驚きを感じかつ畏敬の念を覚えた。そして出来ることは一体何があるのだろうかという無力感が先に立った。しかしながらすぐに、筆者が心掛けている「無力」を認める姿勢が意識された。そうして偉大な力が働くことを信じ、お任せした上で、Aさんの語ることに傾聴した。それでもこのような不運な人生を歩まねばならない人もいることに打ちひしがれながらもAさんが安心して自分のことを語れるようにと努めた。あくまでも主役である主体は来談者であるAさんであり、面接者は同行者という位置づけである。そのための面接態度としては、無力という姿勢が重要となる。つまり有力であるのは人間を超える偉大な力（ハイヤー・パワー）と考える立場となる。ここでは面接者は偉大な力が働きやすい道具としての役割を持ち、無力な存在として来談者に関わり、来談者が自分の主訴を自分で主体的に理解し、どのようにすれば主訴が解決するのかの判断材料を提供する。筆者はこのような無力の姿勢をアルコール依存症の援助活動において学び、心理臨床に活かしてきている。その無力は表2のように、12のステップに述べられている。

この無力に関してはAA（1986）のステップ1の中で「この徹底的な敗北を通してだけ、解放と強さへの第一歩を踏み出すことができるのだ、ということがわかってくるのである。自分が無力だと認めることが、結局、幸福で生きがいのある人生を築き上げる強固な土台になる、ということである」（30頁）と述べられている。同じく「アルコール中毒という実刑を受けて、われわれはAA

表2 「AAの12のステップ」

1. われわれはアルコールに対して無力であり、生きてくことがどうにもならなくなったことを認めた。
2. われわれは自分より偉大な力が、われわれを正気に戻してくれると信じるようになった。
3. われわれの意志と生命の方向を変え、自分で理解している神、ハイヤー・パワーの配慮にゆだねる決心をした。
4. 探し求め、恐れることなく、生き方の棚卸表を作った。
5. 神に対し、自分自身に対し、もう一人の人間に対し、自分の誤りの正確な本質を認めた。
6. これらの性格上の欠点をすべて取り除くことを神にゆだねる心の準備ができた。
7. 自分の短所を変えて下さい、と謙虚に神に求めた。
8. われわれが傷つけたすべての人の表を作り、そのすべての人たちに埋め合わせをする気持になった。
9. その人たち、または他の人びとを傷つけない限り、機会あるたびに直接埋め合わせをする気持になった。
10. 自分の生き方の棚卸を続け、誤った時は直ちに認めた。
11. 自分で理解している神との意識的触れ合いを深めるために、神の意志を知り、それだけを行なっていく力を、祈りと黙想によって求めた。
12. これらのステップを経た結果、霊的に目覚め、この話をアルコールリックに伝え、また自分のあらゆることに、この原理を実践するように努力した。

AA文書委員会訳：「12ステップと12の伝統」1986年より引用

に行きついた。そこで自分の状態の致命的な性質に気付いたのだ。その時、やっとその時になって、死にのぞんだ人にしかできないような広い心の持ち主になり、説得に対して聞く気持になった。われわれは無常な妄想を自分から取りはらうためなら何でもする用意ができたのだ」（34頁）とも述べられている。さらに、松尾（1987）では「私達は、自分の人生がどうにもならない所に来たことを認めなければならない。私達はアルコールの力の前に自分の力が屈したことを認めなければならない。もはや、一般に人々のように飲めることは無い、という厳しい事実を、受け入れなければならない」（261頁）とも述べられている。このように、自分の力ではどうにもならない「どん底」を経験することが、無力を認める出発点となり、基礎となる。そのようにして無力を認めた上で、偉大な力による回復と成長を信じ、その存在に委任する生き方を歩むのである。そうして偉大な力を前提とした生き方に転換していくのである。これは人間中心の生き方から、神（人間を超える偉大な力）中心の生き方への転換である。これに関連して筆者がアルコール依存症の回復と成長について考えているのが図1である。筆者の場合もこの無力の姿勢を基盤とし、偉大な力の存在を前提としている。

Aさんもこのような体験が起こったものと考えられる。つまりAさんが乳癌の告知を受けた時には、自己破壊状

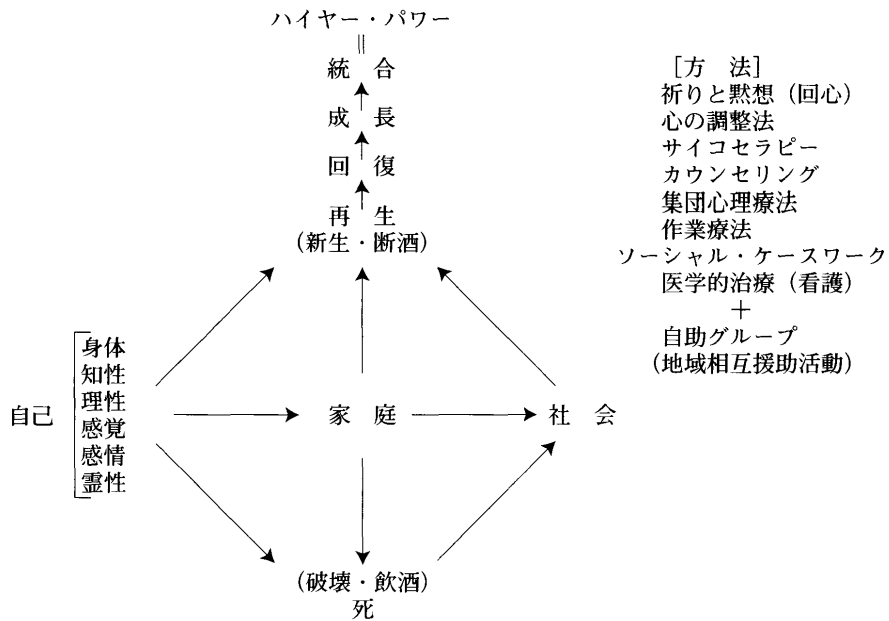


図1 アルコール依存症の成長統合モデル

原口芳博：「アルコール依存症の回復過程に関する臨床心理学的考察」福岡女学院大学大学院紀要臨床心理学創刊号48頁2003年より引用

態となったのではないであろうか。さらに再発し転移し、余命は1、2年と告げられた時は、どのような気持ちになったであろうか。それは筆舌には尽くせないものであったに違いないであろう。しかしながらAさんは幸いにも信仰を持っており、それが支えとなって、ハイヤー・パワーとの統合が起こり残された生を豊かにしながら、残される夫と娘に自分が出れることを願ったのではないだろうか。

このことをさらに広げると、アラノン（1983）の「第1ステップの中に示される叡智を、私はアルコール依存症との関係にのみあてはめるのではなく、かかわるすべての人と私の人生におけるあらゆる出来事にあてはめていこう。あきらかに私の能力を超えたものに対して調整したり、コントロールしたりすることはしない。自分自身の生き方を調整することに専念しよう。私の生き方だけ」（144頁）と応用できるのであり、非常に参考になる。また心理療法での大事な姿勢としては、新約聖書（1991）の中でキリストが「また、はっきり言うておくが、どんな願い事であれ、あなたがたのうち二人が地上で心をつにして求めるなら、わたしの天の父はそれを叶えてくださる。二人または三人がわたしの名によって集まるところには、わたしもその中にいるのである」（マタイによる福音書18章19-20節、35頁）と語っているが、このことを信じることでありと思われる。信仰には力があり、人知を超えたことが起こるものである。

Aさんの死の受容については、デーケン（1994）は「死への過程の六段階」として、E・キューブラー＝ロスの死へのプロセスの五段階のモデルを挙げている。その第一は「否認」、第二は「怒り」、第三は「取引」、第四は「抑うつ」、第五は「受容」と紹介しているが、「私はこ

のキューブラー＝ロス博士の五段階の後に、第六の段階として、『期待と希望』を付け加えたいのです。死後の永遠の生命を信じる人にとっては、とりわけ愛する人との再会への期待が大きく、希望に満ちた明るい態度をとることが多いのです」（60頁）としているが、Aさんはこの第六段階の「期待と希望」を抱いていたと信じるものである。このような残された生の質に関しては霜山（1985）によれば、「人生の最後は人生の完成期」として「人間は、少なくとも自分はあとどの位、余命があるかを知る権利をもっていると思う。そして、こちらはそれを告げる義務があると思う。なぜなら、人生の最後というものは、人生の完成期でもあり、いわば成熟期でもある。そこでもう一度、人間は人生を生き直すことができるということになる。自分の命が長くないことを知ることによって、濃密な時間を生きることができるよう」（60頁）と述べているが、Aさんの態度を考えると、濃密な生の時間を過ごしたであろうと思われる。

3、ターミナルケアとスピリチュアルケアについて

Aさんの死の報を聞いてから、筆者はターミナルケアへの関心が高まり、スピリチュアルケアという概念を知った。スピリチュアルケアについては、村田（2003）によれば、「特に終末期の患者さんが積極的治療で治る見込みのないであろうと言われ、それを理解しておられる患者さんのスピリチュアルペイン、そこに焦点を当てたいと思っています。それを通して、さらに広く、私達日常生活一般の人達、あるいは、私は今、福祉にありますが、福祉臨床におけるスピリチュアルペインとそのケアと言う事にも展望を持ってみたいと思っています」（1頁）と述べている。また同じく「終末期の患者さん

の中には信仰を持たない人でも『生きる意味、目的あるいは、価値を失った』と生きる苦しみを訴える人が居られる。そういう方に対して、その人の生きる意味を見出せない苦痛、そのことをスピリチュアルペインとして捉えなおしてみよう」(3頁)とも述べている。このようにスピリチュアルケアの概念整理をしているが、このことは日常の心理臨床活動場面でも、首肯できるものであろう。つまり自分の信仰を持って生活している人は、パストラルケアの範疇に入り、信仰を持ってない場合には、その領域が広がりスピリチュアルケアやスピリチュアルペインとするという考えである。スピリチュアルケアに関しては、キッペス、W(1999)がその詳細を述べているが、松本(2003)によればキッペスのスピリチュアルについての定義は「五感で確認できる現実はずべてではないと悟らせ、そのような現実を超越した背後に含まれている存在意義や価値を把握し、自由意志に基づく責任ある行動を可能にする能力・パワーである。それによってはじめて人間としてふさわしい生活ができる」と紹介している。このことから、Aさんへの心理面接については、パストラルケアの領域を筆者が結果的に行っていたと思われる。

ターミナルケアについてはその先駆者である柏木(1987)は、「人間は全人的に痛む。身体的、精神的、社会的、霊的な痛みを総合的にケアしなければならない。体の痛みは、心の痛みと密接に関係していることが多い。人と交わりが絶たれる時、痛みは増し、人との交わりが回復する時、痛みは軽くなる。鎮痛剤を注射しても止まらない痛みが、患者の言葉に十分時間をかけて聴き入ることによって軽減することがある。薬を注射するよりも、時間を注射することの大切さを教えられる。痛んでいる部分に手をあてて、ゆっくりとなでるだけで痛みが消える場合がある。まさに『手あて』が大切なのである」(12頁)としている。またターミナルケアの原点については、柏木(1987)は「末期ケアの原点は、その人がその人らしい生を全うするのを、援助することであろうと思う。たとえ不治の病気であっても、病名を知って、身辺整理をして人生の幕をとじたいと思う人もあれば、最後まで病名を隠してほしいと思う人もあるであろう。また、手術その他の積極的な治療よりも、むしろ苦痛なく死を迎えたいと思う人もあれば、どんなに苦しくとも命を延ばしたいと思う人もあろう。その人の年齢やこれまでの人生、その人の宗教観や価値観によって、どのような形で生を全うしたいかは異なる。それは良い悪いの問題ではなく、その人の基本的な希望なのである。末期ケアの基本は、この希望に沿ったケアをするということである。」(36頁)としている。

その希望に沿ったケアを行なうためには、相手(患者)への配慮が重要となってくる。このことに関しては、柳田(1986)が次のように紹介している。それは苦悩する患者の声を聞く心の章の中で、斧美穂子医師による『病

者側に立った治療者』の心得として、①患者の心の先取りをしてはならない。②患者を代弁してはならない。③患者の発言を待たなければならない。④患者と友人になろうとしてはいけない。⑤患者に対し優位に立とうとしてはならない。⑥患者に治療者の私生活を見せてはならない。⑦患者の家族と共犯者になってはいけない。⑧患者の治療者側混乱作戦にのってはいけない。⑨患者は本来自己中心的であることを理解する。⑩患者の贈物には意図があることを知らなければならない」(110頁)と具体的内容が紹介され、参考になるものである。

また死の臨床に携わる者に対しては、柏木(1985)が「死の臨床に従事する者に求められる資質」として、①成熟した人格、②ある専門分野で成功を修めていること、③チームをリードできること、④医学全般についての広い知識をもっていること、⑤死の臨床に関する新しい知識や考え方について学ぶ用意があること、⑥しっかりとした信仰または人生観をもっていること、⑦他のチーム・メンバーを支えることができること、⑧他のチーム・メンバーからのサポートを受ける用意があること、⑨ユーモアのセンスとバランスのとれた性格をもっていること、⑩常に患者と家族を引き離さず一つの単位としてケアすること、⑪死の臨床に対する関心とともに他の分野に対する興味ももっていること、⑫経営や管理に対する関心をもっていること、⑬講演や執筆の能力をもっていること、⑭研究や教育に関心をもっていること」(92頁-95頁)としている。このような資質が求められているが、人の生死に関わる業務に携わる者は、このようなバランス感覚を心がけ、自分の生き方を向上させていく姿勢が肝要と思われる。

死を迎えるにあたっては、孤独な死ではなく、近親者や友人等に看取られて迎えたいと願うであろう。そのことを霜山(1985)は、「あたたかく見守られて亡くなる。(中略)患者さんは孤独であってはならない。彼らを取り巻く、親類、友人のみならず、ドクターやナースや隣人や、子供や孫に、暖かく見守られて亡くなる。そして別れを告げるゆとりがあるということ、そして彼らが一番、人や人の思いやりや愛を必用とするその時間にそばにいてあげるということは非常に大事なことなのである」(65頁)と描写している。そうして、新約聖書(1991)の中では、「一行が歩いて行くうちに、イエスはある村にお入りになった。すると、マルタという女が、イエスを迎え入れた。彼女にはマリアという姉妹がいた。マリアは主の足もとに座って、その話に聞き入っていた。マルタは、いろいろのもてなしのためせわしく立ち働いていたが、そばに近寄って言った。『主よ、わたしの姉妹はわたしだけにもてなしをさせていますが、何ともお思ひになりませんか。手伝ってくれるようにおっしゃってください。』主はお答えになった。『マルタ、マルタ、あなたは多くのことに思い悩み、心を乱している。しかし、必用なことはただ一つだけである。マリアはよい方を選

んだ。それを取り上げてはならない』(ルカによる福音書10章38-42節、127頁)とキリストが語っているが、死を自覚している人に関わる際には殊にその瞬間を大切に、その人と共にいて傾聴するように努めることが第一と考えられる。そうして無力の姿勢で来談者の語りを全霊を込めて聴き、来談者の判断を尊重することが重要である。このような状況における心理面接では、面接者は偉大な力を信じて、偉大な力の次元を考慮して、無力の姿勢で謙虚に来談者に関わることが、最も大切な姿勢であると考えられる。Aさんとの心理面接を通して、このような姿勢や視点を学び直すことができ、感謝している。

IV おわりに

柏木(1978)は「自らの死を知った患者に看護者は何ができるのでしょうか。(中略)自らの死を知った患者とかかわりを持ってみて私が感じるのは、その患者の生きざまに参加しようとする気持ちがこちらにあれば、マイナスのものではなく、プラスのものを、患者も私も得ることができるということです。自らの死を知り、死を目前にしなが、静かに死をみつめながら、生を全うした一人の患者とのかかわりを中心にして、自らの死を知った患者への援助について現在私が感じていることをまとめてみます」(133頁-134頁)を紹介させて頂きたい。筆者の関わりが、Aさんの残された生にマイナスではなく、せめてプラスになったであろうことを信じて筆を置かせて頂く。

〈付記〉Aさんのご冥福をお祈りすると共に、ご遺族の今後のご多幸をお祈り申し上る。最後に私事になり恐縮であるが、本小論を30数年にも渡る指導と薫陶を頂いた恩師上智大学名誉教授霜山徳爾先生に捧げることをお許し願いたい。

文献

1. AA文書委員会訳(1986):12ステップと12の伝統 AA日本ジェネラルサービスオフィス
2. アラノンCAL翻訳委員会訳編(1983):アラノンで今日一日 アラノンジャパンGSO
3. アルフォンス・デーケン(1994):よき人生の終わりのために戸塚元吉・山崎章郎・社会福祉法人聖ヨハネ会編:聖ヨハネホスピスのめざすもの 星和書店所収
4. E・キューブラー・ロス(1971):死ぬ瞬間 読売新聞社
5. E・キューブラー・ロス(1977):続死ぬ瞬間 読売新聞社
6. 原口芳博(2003):アルコール依存症の回復過程に関する臨床心理学的考察—成長統合モデルと自己調整法を忠心に—福岡女学院大学大学院紀要臨床心理学創刊号43—50頁
7. 柏木哲夫(1978):死にゆく人々のケア 医学書院
8. 柏木哲夫(1987):生と死を支える 朝日新聞社
9. 柏木哲夫(1985):12. 医療従事者の心理 河野友信・河野博臣編 生と死の医療 92頁~95頁 朝倉書店所収

10. 聖書新共同訳(1991):ルカによる福音書10章38節-42節127頁 日本聖書協会
11. 聖書新共同訳(1991):マタイによる福音書18章19節-20節35頁 日本聖書協会
12. 松尾セシリア訳編(1987):一日二十四時間 ホームカミング
13. 松本信愛(2003):「パストラルケア」と「スピリチュアルケア」の関係について 臨床パストラルケア教育研修センター NEWS LETTER 第20号1-3頁
14. 村田久行(2003):スピリチュアルペイン(1) 臨床パストラルケア教育研修センター NEWS LETTER 第18号1-3頁
15. 霜山徳爾(1985):黄昏の精神病理学 産業図書
16. 霜山徳爾(1989):素足の心理療法 みすず書房
17. 柳田邦男(1986):「死の医学」への序章 新潮社
18. ウォルマール・キッベッス(1999):スピリチュアルケア サンパウロ